



ASSURANCE INDIVIDUELLE

## **RÉCLAMATION EN INVALIDITÉ**

Évaluation initiale

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, Humania Assurance établira un dossier vous concernant dans lequel seront consignés tous les documents reliés à vos demandes de règlement d'invalidité. Seuls les employés et représentants autorisés responsables de la gestion de votre demande de règlement auront accès à ce dossier.

### Votre dossier est-il complet ?

Avez-vous inclus à votre envoi l'ensemble des documents suivants, dûment complétés, signés et datés :

- La déclaration de l'employé
- La déclaration de l'employeur (même si l'événement ne s'est pas produit sur les lieux du travail ou que vous êtes travailleur autonome)
- La déclaration du médecin traitant appropriée à votre diagnostic (physique ou psychologique)
- Les formulaires d'autorisations originales et signées envoyées par la poste

### Le formulaire de dépôt direct

Si votre contrat prévoit des prestations d'invalidité, intégrées et coordonnées

- Une copie complète de votre déclaration de revenu pour l'année précédant la date de début de votre invalidité, incluant les annexes, feuillets et le cas échéant le formulaire T2125. Veuillez joindre également l'avis de cotisation émis par Revenu Canada visant la même année

Si votre police couvre des créances :

- Une copie de votre relevé bancaire pour le mois précédant la date de début de votre invalidité
- Une copie complète du (ou des) contrat(s) (de prêt, de crédit, etc.) à l'appui de la (les) créance(s)

Si votre police couvre des frais d'exploitation d'entreprise (frais généraux) :

- Une copie des factures du mois précédents l'invalidité à l'appui des frais réclamés
- Une copie complète de votre déclaration de revenu pour l'année précédant la date de début de votre invalidité, incluant les annexes, feuillets et le cas échéant le formulaire T2125. Veuillez joindre également l'avis de cotisation émis par Revenu Canada visant la même année
- Si votre entreprise est incorporée, une copie des états financiers de votre entreprise pour l'année précédant votre invalidité

Si votre police couvre une fracture

- Une copie du protocole radiologique ayant permis de diagnostiquer la fracture

Si votre invalidité survient dans les deux (2) ans suivant l'émission de votre police d'assurance :

- Le formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements - RAMQ

### Dépôt direct – Autorisation (non valide si le bénéficiaire de la prestation est une institution financière)

- Demande initiale                       Demande de changement de compte bancaire                       Demande de cessation

#### I Déclaration de l'assuré(e) (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

Police	Nom de l'assuré(e)	Prénom(s)
Téléphone n° (jour)	Adresse de résidence principale (n°, rue)	
App.		
Ville	Province	Code postal
Nom de l'institution financière	Adresse de l'institution financière	

#### II Type de compte bancaire (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

- Chèques     Épargne     Mes coordonnées bancaires sont les mêmes que celles utilisées pour le prélèvement des primes

Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.

Succursale n° (5 chiffres)      Institution n° (3 – 4 chiffres)     Compte n° (tous les chiffres)

#### III Autorisation

J'autorise Humania Assurance Inc. à déposer dans le compte bancaire mentionné sur le présent document, mes règlements d'assurances. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer Humania Assurance de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par Humania Assurance ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.

Signature de l'assuré(e)	Date	(JJ/MM/AAAA)
Signature du propriétaire du compte (si différent de l'assuré(e))	Date	(JJ/MM/AAAA)

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 489-8404, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7170, autres régions au 1 800 773-8404. **Notre adresse est le : casier postal 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 • Site Internet : www.humania.ca**

## Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

### Partie A – Renseignements généraux

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Police n°
Nom		Prénom(s)	Numéro d'assurance sociale
Adresse (n°, rue)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
Langue <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Ang.			
N° de téléphone à la maison	Cellulaire	Courriel	
Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent)		Emploi (immédiatement avant le dernier jour travaillé)	Date d'entrée en fonction initiale (JJ/MM/AAAA)
Autre employeur actuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquer le nom.			
Nature de la demande de règlement <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Exonération des primes <input type="checkbox"/> Fracture			

### Partie B – Renseignements sur la demande

Avez-vous arrêté de travailler ou d'accomplir vos activités quotidiennes en raison  
 d'une maladie  d'une blessure survenue hors travail  d'un accident d'automobile hors travail  d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. (S'il s'agit d'un accident d'automobile, veuillez soumettre un rapport de police ou d'accident, sauf pour les résidents du Québec).

**Veillez nous indiquer, avec le plus de détails possible, les circonstances dans lesquelles l'invalidité est survenue.**

Dernier jour où vous étiez en mesure d'effectuer votre travail ou d'accomplir vos activités quotidiennes		(JJ/MM/AAAA)
Exerciez-vous <input type="checkbox"/> Votre emploi habituel <input type="checkbox"/> Un travail modifié <input type="checkbox"/> Sans emploi		
Avez-vous effectué une journée complète de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans la négative, combien d'heures avez-vous travaillé le dernier jour ?
Premier jour où vous n'avez pas pu travailler ou accomplir vos activités quotidiennes? (JJ/MM/AAAA)		Quand les symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA)
Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet ?		(JJ/MM/AAAA)
Veillez décrire tous vos symptômes, y compris la gravité et la fréquence.		
Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et les noms des médecins que vous avez consultés à ce moment.		
Veillez décrire les principales fonctions de votre emploi. Si vous êtes sans emploi ou à la retraite, veuillez décrire vos activités quotidiennes.		
À votre connaissance, qui est responsable de vos tâches pendant votre invalidité?		
Êtes vous appelé à vous rendre sur les lieux de votre travail depuis le début de votre invalidité?		
Veillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches de votre emploi ou vos activités quotidiennes.		
Veillez indiquer si vous êtes <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher		
Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail ou de la reprise de vos activités quotidiennes ? <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Non		

**Déclaration du réclamant (suite)**
**Partie C – Renseignements sur les professionnels de la santé**

Veillez énumérer tous les professionnels de la santé (dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc.) que vous avez consultés **au cours des 12 derniers mois**, en commençant par le dernier. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre un feuillet distinct au présent formulaire et y indiquer les noms des autres professionnels de la santé à qui vous vous êtes adressé.

Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	
Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	
Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	

**Partie D – Renseignements sur les revenus d'autres provenances**

Si vous avez demandé ou si vous touchez déjà un revenu de l'une des provenances suivantes, veuillez remplir la partie correspondante du tableau et nous faire parvenir une copie de l'avis d'acceptation ou de refus, le cas échéant.

Provenance	N° de la demande, nom et n° de téléphone de la personne ressource	Avez-vous fait une demande ?			Recevez-vous des prestations ? Si oui, fournir le relevé de prestations			Montant
		Oui	Non	Date	Oui	Non	À l'étude	
Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CNESST		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de pensions du Canada – prestations d'invalidité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de pensions du Canada – prestations de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec, (RQ) – prestations d'invalidité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec, (RQ) – prestations de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance emploi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance automobile – SAAQ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre assureur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance individuelle, collective ou créance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Partie E – Autorisation et déclaration du participant**

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement. J'autorise Humania Assurance Inc. à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

**Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.**

\_\_\_\_\_

Nom (en lettres d'imprimerie)

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Police n°

\_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA)

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 489-8404, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7170, autres régions au 1 800 773-8404. **Notre adresse est le : casier postal 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 • Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)**

### Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome

**Important : Même si l'accident n'a pas eu lieu à votre travail, vous devez faire compléter cette déclaration par votre employeur ou la compléter vous-même si vous êtes travailleur autonome.**

**À remplir par l'employeur ou le travailleur autonome. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.**

#### Partie A – Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur		Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente)	
Adresse (n°, rue)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

#### Partie B – Renseignements sur le réclamant

Nom		Prénom(s)	
Date d'entrée en fonction du réclamant (JJ/MM/AAAA)	Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA)	Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) ou durée prévue de l'invalidité	
Si le réclamant est déjà rentré au travail, depuis quand est-il de retour? (JJ/MM/AAAA)			
<input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Assignment temporaire <input type="checkbox"/> Travaux légers <input type="checkbox"/> Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail			
Quelle était la principale raison de l'absence du réclamant?			
<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Blessure survenue hors travail <input type="checkbox"/> Accident d'automobile hors travail <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle ou accident de travail			
Veuillez indiquer les heures de travail d'une semaine normale.			
Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____ (Si le réclamant travaille selon un horaire irrégulier ou par quarts, fournir le calendrier correspondant.)			
Quel est le salaire hebdomadaire brut habituel du réclamant? _____ \$			
S'agit-il d'un employé <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier			
<input type="checkbox"/> Contratuel : Le cas échéant, veuillez préciser la date d'entrée en vigueur ainsi que la date de fin prévue. (JJ/MM/AAAA)			
Le réclamant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative, en préciser la provenance			
<input type="checkbox"/> Congé annuel <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Assurance emploi <input type="checkbox"/> Congé de maladie <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Autre _____			
Montant _____ \$ Du _____ (JJ/MM/AAAA) au _____ (JJ/MM/AAAA)			
Le réclamant a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants?			
<input type="checkbox"/> CSAT, CAT ou CNESTT <input type="checkbox"/> Assurance emploi (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) <input type="checkbox"/> RPC <input type="checkbox"/> RQ <input type="checkbox"/> SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial <input type="checkbox"/> IVAC			

#### Partie C – Renseignements sur l'emploi

Quel poste le réclamant occupait-il de façon régulière immédiatement avant l'arrêt de travail?

Est-ce que le réclamant occupe ou a déjà occupé d'autre(s) poste(s) au sein de votre entreprise? Si oui, veuillez préciser lequel (lesquels).

Est-ce que les fonctions du réclamant ont été modifiées?  Oui  Non

Veuillez décrire ce poste (ou joindre un exemplaire de la description de poste) ainsi que toutes modifications apportées.

### Déclaration de l'employeur (suite)

Voici une analyse des exigences physiques du poste habituel du réclamant qui doit être remplie par son supérieur immédiat.

Analyse des exigences physiques					
	Nombre d'heures				
	<1	1-2	2-4	4-6	6-8
1. Se tenir debout	Nombre d'heures d'affiliées :			Nombre d'heures dans une journée :	
2. Marcher	Nombre d'heures d'affiliées :			Nombre d'heures dans une journée :	
3. S'asseoir	Nombre d'heures d'affiliées :			Nombre d'heures dans une journée :	
4. Conduire un véhicule	Nombre d'heures d'affiliées :			Nombre d'heures dans une journée :	
5. Marcher sur une surface inégale	Nombre d'heures d'affiliées :			Nombre d'heures dans une journée :	
6. Soulever des charges	0 – 10 livres <input type="checkbox"/>		10 – 20 livres <input type="checkbox"/>		
	20 – 50 livres <input type="checkbox"/>		50 livres + <input type="checkbox"/>		
	au moyen d'un appareil de levage ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
7. Pousser ou tirer des charges	0 – 10 livres <input type="checkbox"/>		10 – 20 livres <input type="checkbox"/>		
	20 – 50 livres <input type="checkbox"/>		50 livres + <input type="checkbox"/>		
Veuillez décrire l'environnement de travail du réclamant (ex. : température, bruit, exposition aux produits chimiques ou à la poussière, etc.).					
Le réclamant porte-t-il un ou des équipements de protection personnelle (ex. : lunettes de sécurité, chaussures de sécurité, protection respiratoire, protection auditive, etc.) ? Dans l'affirmative, veuillez décrire.					
Je certifie que les renseignements précédents sont exacts et complets.				Date (JJ/MM/AAAA)	
Nom (en lettres d'imprimerie)				N° de téléphone	
Signataire autorisé			Fonction		

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 489-8404, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7170, autres régions au 1 800 773-8404. **Notre adresse est le : casier postal 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 • Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)**

### Déclaration du médecin traitant – condition physique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

#### Partie A – Renseignements sur le patient

Nom	Prénom(s)	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Taille	Poids

#### Partie B – Diagnostic

Quel est votre diagnostic principal ?

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de l'invalidité ? (JJ/MM/AAAA)

Selon l'anamnèse et votre examen clinique, est-ce que la condition relève d'un fait accidentel ?  Oui  Non Veuillez préciser :

Si le patient souffre d'une condition orthopédique et/ou musculo-squelettique, a-t-il subi une radiographie, une IRM ou tout autre test ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie des résultats de la radiographie, de l'examen IRM ou de tout autre examen effectué.

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger la période d'invalidité ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

Quelles sont les limitations et restrictions actuelles de votre patient? Veuillez être précis.

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler ou cessé ses activités quotidiennes sous votre recommandation ou sur celle d'un confrère. (JJ/MM/AAAA)

Si un retour au travail ou reprise des activités quotidiennes a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)  
 Temps partiel  Temps plein  Assignation temporaire  Travaux légers  Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Si aucune date n'est actuellement fixée pour le retour au travail, quel est le pronostic de rétablissement de votre patient? Veuillez préciser en terme de jours, de semaines et/ou de mois, si applicable.

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire en détail l'affection en cause.

L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail ?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

### Déclaration du médecin traitant – condition physique (suite)

#### Partie B – Diagnostic (suite)

Veillez indiquer si le patient est  Droitier  Gaucher

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ?  Oui  Non

Si votre patiente est ou était enceinte, veuillez indiquer la date prévue ou réelle de l'accouchement.

(JJ/MM/AA)

#### Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient :  Hebdomadaire  À la quinzaine  Mensuel  Autre \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous revoir le patient?  Oui  Non Si oui, quand? (JJ/MM/AA)

Traitements passés et actuels suivis par votre patient ainsi que la réponse auxdits traitements.

Date (ou débuté le)	Nature du traitement ou de la chirurgie	Réponse au traitement à ce jour

Le patient a-t-il été hospitalisé ?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance. Si vous préférez, vous pouvez joindre au présent formulaire une copie du plus récent relevé pharmacologique de votre patient

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Si ce patient vous a été adressé, veuillez indiquer le nom de votre confrère.

Si vous avez adressé le patient à des spécialistes, veuillez indiquer les noms de ces spécialistes ainsi que leur spécialité respective.

Avez-vous traité le patient ci-haut mentionné ou vous a-t-il consulté au cours des **5 années précédant** la dernière maladie ?  Oui  Non

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, le patient a-t-il été traité par d'autres professionnels de la santé, ou dans un hôpital ou une autre institution ?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates (JJ/MM/AAAA)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue) \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de télécopieur \_\_\_\_\_



Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 489-8404, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7170, autres régions au 1 800 773-8404. **Notre adresse est le : casier postal 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 • Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)**

### Déclaration du médecin traitant – condition psychologique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

#### Partie A – Renseignements sur le patient

Nom	Prénom(s)	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Taille	Poids

#### Partie B – Diagnostic

Veuillez utiliser la nomenclature et les codes du DSM – IV avec l'évaluation multi-axiale

I
II
III
IV
V
Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger la période d'invalidité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.
À quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA)
Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.
À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)
À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de l'invalidité ? (JJ/MM/AAAA)
Veuillez indiquer la raison de la consultation initiale du patient. Y a-t-il eu un événement déclencheur ?
L'état de votre patient est-il directement ou indirectement imputable à son emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.
Quelles sont les limitations et restrictions actuelles de votre patient? Veuillez être précis.
Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler ou cessé ses activités quotidiennes sous votre recommandation ou sur celle d'un confrère. (JJ/MM/AAAA)
Si un retour au travail ou reprise des activités quotidiennes a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour : (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Travaux légers <input type="checkbox"/> Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

### Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

#### Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient :  Hebdomadaire  À la quinzaine  Mensuel  Autre \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous revoir le patient? Si oui, quand?

Veillez décrire les traitements passés et actuels (incluant la psychothérapie) suivis par votre patient, sa réaction aux dits traitements et son observation des recommandations.

Votre patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de d'ordonnance.

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Avez-vous traité le patient ci-haut mentionné ou vous a-t-il consulté au cours des **5 années précédant** la dernière maladie ?  Oui  Non

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, le patient a-t-il été traité par d'autres professionnels de la santé, ou dans un hôpital ou autre institution ?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates (JJ/MM/AAAA)
_____	_____	_____	(JJ/MM/AAAA)
_____	_____	_____	(JJ/MM/AAAA)

#### Partie D – Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet de la condition sur les aspects suivants :	Sans effet	Léger	Modéré	Important
1. Apparence/hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Activités de vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maintenir un horaire occupationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Énergie/vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comportement/impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Concentration/attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Débit de parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Affect/humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède : \_\_\_\_\_

Signature	Date (JJ/MM/AAAA)
Nom (en lettres d'imprimerie)	Spécialité N° de permis
Adresse (n° rue)	
N° de téléphone	N° de télécopieur

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 489-8404, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7170, autres régions au 1 800 773-8404. **Notre adresse est le : casier postal 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 • Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)**

### Déclaration du centre hospitalier

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais pour remplir le présent formulaire.

#### Partie A – Déclaration du centre hospitalier

Raison d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Période d'hospitalisation à l'urgence du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure  
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

À l'unité des soins intensifs du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure  
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Sur une unité de soins de courte durée du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure  
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Sur une unité de soins prolongés du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure  
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Sur une unité de réadaptation du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure  
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Nom du centre hospitalier \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Signature de l'archiviste \_\_\_\_\_

**Désignation de bénéficiaire - ASSURANCE CRÉDIT UNIQUEMENT**

**Important: Si votre demande se rapporte à votre police d'assurance crédit, vous devez compléter la présente partie afin d'éviter des délais dans le paiement des prestations.**

**À défaut de compléter la présente partie, nous utiliserons la désignation de bénéficiaire la plus récente et valide apparaissant à votre dossier.**

Je désire conserver la désignation de bénéficiaire inscrite dans la proposition d'assurance initiale.

Je désire modifier la désignation de bénéficiaire comme suit :

Au Québec à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocable s'il est le conjoint lié par le mariage ou l'union civile et révocable dans tous les autres cas.

Le(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s) identifié(s) antérieurement doit(vent) accorder leur consentement par écrit pour toute modification de désignation de bénéficiaire.

**1 - Assurance invalidité**

Les prestations en cas d'invalidité sont versées à la personne assurée à moins d'indication contraire ci-dessous.

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien avec l'assuré : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_  Révocable  
 Irrévocable

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien avec l'assuré : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_  Révocable  
 Irrévocable

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien avec l'assuré : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_  Révocable  
 Irrévocable

**Veillez signer la présente désignation**

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Police n°

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

Afin d'éviter tous délais dans le traitement de votre demande, veuillez compléter et signer toutes les autorisations ci-dessous, et ce, même si vous avez rempli celle qui se trouve à la page 3 du présent document.



## Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

**Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.**

_____	_____
Nom (en lettres d'imprimerie)	Signature
_____	_____
Police No.	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-013 - Rév. 11/2013



## Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

**Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.**

_____	_____
Nom (en lettres d'imprimerie)	Signature
_____	_____
Police No.	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-013 - Rév. 11/2013



## Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

**Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.**

_____	_____
Nom (en lettres d'imprimerie)	Signature
_____	_____
Police No.	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-013 - Rév. 11/2013





## **HUMANIA ASSURANCE INC.**

1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Région de Montréal : 514 489-8404

Région de Saint-Hyacinthe : 450 773-7170

Autres régions : 1 800 773-8404

Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)